

Ett ofött barns död

Föräldrars lidande och behov av stöd

Petra Lindberg

ARCADA - Nylands svenska yrkeshögskola

Avdelningen för idrott, social- och hälsovård

Helsingfors 2010

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård
Identifikationsnummer:	6952
Författare:	Petra Lindberg
Arbetets namn:	Ett ofött barns död- Föräldrars lidande och behov av stöd
Handledare (Arcada):	Pirjo Väyrynen
Uppdragsgivare:	Kvinnoprojektet
<p>Sammandrag:</p> <p>Att föda barn och bilda familj är i de flesta fall en mycket stor händelse i en persons liv. En graviditet är oftast full av förväntan på det nya barnet som skall komma. Men, allt går inte alltid enligt planerna. Föräldrarna är i stort behov av stöd då graviditeten slutar i tragedi och barnet dör innan födelsen. Då är personalen som vårdar dem oerhört betydelsefulla.</p> <p>År 2005 föddes 57822 barn i Finland varav 186 barn var dödfödda. Avsikten med denna studie var att lyfta fram lidande från föräldrarnas perspektiv då de drabbats av att deras ofödda barn dött , vilket innefattar vilka upplevelser föräldrarna har av tiden efteråt. Detta inkluderar hur lidandet kan lindras, samt vilket behov av stöd och hjälp föräldrarna behöver av barnmorskan. Den teoretiska perspektivet bestod av Katie Erikssons teori om caritas samt hennes teori om lidandet.</p> <p>Materialet till den här studien bestod av 12 forskningsartiklar från det hälso- och vårdvetenskapliga området. Som metod för att analysera artiklarna har en kvalitativ induktiv innehållsanalys enligt Tuomi och Sarajarvi använts.</p> <p>I resultatet framkom att de flesta föräldrar kände sig väldigt isolerade i sin sorg och att många människor ignorerade problemet och undvek dem såsom de aldrig varit gravida. Känslor av avundsjuka och frågor som ”varför jag” kunde uppkomma så starkt att föräldrarna önskade att de kunde undvika det sociala livet helt och hållet. Lidandet hos föräldrarna är framförallt den stora sorg som föräldrarna upplever efter att deras ofödda barn har dött. Negativa känslor, skuldkänslor , samt en känsla av hopplöshet är vanliga hos föräldrarna. Lindrat lidande kan uppnås genom lyhördhet, psykosocialt stöd och en chans att få ett positivt minne av sitt förlorade barn. Barnmorskans huvudsakliga uppgifter i vården av föräldrar som förlorat sitt ofödda barn är att finnas till för dem, se till att det finns ett fungerande stödsystem till hands, samt själva skaffa sig mera kunskap</p>	
Nyckelord:	Dödfödd, intrauterin fosterdöd, sorg, föräldrar, lidande
Sidantal:	43
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	5.4.2010

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing
Identification number:	6952
Author:	Petra Lindberg
Title:	An unborn child's death -Parents suffering and need of support
Supervisor (Arcada):	Pirjo Väyrynen
Commissioned by:	
<p>Abstract:</p> <p>To give birth and start a family are in most cases a big moment and a great experience in a persons life. A pregnancy is often filled with expectations, but things doesn't always turn out as planned. The parents are in need of great support when a pregnancy ends in tragedy and the child dies before birth. The staff, who is caring for the family, is in that situation extra important. During the year of 2005, 57822 children were born in Finland of who 186 children were stillborn. The aim with this study was to pay extra attention towards parents who suffer after they experienced the death of their unborn child. This includes which experiences the parents have from the time afterwards, how they can alleviate suffering and what kind of support the parents need from the midwife. The theoretical frame of reference consisted of Katie Eriksson's theory about caritas (1987) and suffering (1994).</p> <p>The material in this study consisted of 12 articles from health and caring sciences. A qualitative inductive content analysis by Tuomi and Sarajärvi (2002) was used as method.</p> <p>The result showed that most of the parentes felt isolated in their sorrow and many people ignored the probleme and avoided them as if they never were pregnant. Feelings of jealousy and questions like "why me" could appear so strong that parentes wished they could avoid their social life. The suffering among the parents is mostly the huge sorrow that parents experience after the death of their unborn child. Negative feelings, feelings of blame and hopelessness are common among the parents. Reduced suffering can be reached by attentioness, psychosocial support from the staff and a chance for the parents to get a positive memory of their lost child. The midwives main duties include being there for the parents, to control that there are a functional support system and toobtain more knowledge.</p>	
Keywords:	Stillborn, stillbirth, sorrow, parents, suffer
Number of pages:	43
Language:	Swedish
Date of acceptance:	5.4.2010

INNEHÅLL

1 INLEDNING.....	8
2 CENTRALA BEGREPP.....	9
3 BAKGRUND.....	10
3.1 Definition och statistik.....	10
3.2 Frekvens och orsaker till att fostret dör i livmodern.....	10
3.3 Den intrauterina fosterdödens preventiva möjligheter.....	13
3.4 Föräldrarnas kris.....	14
3.4.1 Föräldrarnas kris när de drabbas av att deras ofödda barn dör.....	14
3.4.2 Det stöd föräldrarna behöver som drabbats av att deras ofödda barn dör	15
4 PROBLEMAVGRÄNSNING.....	16
5 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	16
6 DESIGN.....	17
7 PRESENTATION AV MATERIALET.....	18
8 TEORETISKT PERSPEKTIV.....	23
8.1 Caritas-tanken.....	23
8.2 Begreppet lidande.....	23
8.2.1 Att Lida.....	24
8.2.2 Lindring av lidande.....	24
9 METOD.....	25
9.1 Datainsamlingsmetod.....	25
9.2 Dataanalysmetod.....	26
9.3 Tillämpning av dataanalysmetoden.....	28
9.4 Forskningsetik.....	29
10 RESULTAT.....	30
10.1 Föräldrars upplevelser	31
10.2 Lidandet.....	31
10.2.1 Föräldrarnas livslånga sorgearbete.....	32
10.2.2 Känslor som uppkommer under sjukhusvistelsen.....	32
10.2.3 Brustna drömmar och kulturens inverkan på sorgeprocessen.....	33

10.2.4 Faderns känslor under tiden efter barnets död.....	33
10.3 Lindrat lidande.....	34
10.3.1 Att lyssna och respektera.....	34
10.3.2 Föräldrarnas möte med barnet	35
10.4 Behov av stöd och hjälp	36
10.4.1 Barnmorskans roll som stödperson för föräldrarna	36
10.4.2 Behovet av ett fungerande stödsystem efter sjukhusvistelsen	36
10.4.3 Ökad kunskap hos vårdarna	37
11 TOLKNING AV RESULTATET	38
12 KRITISK GRANSKNING.....	40
13 DISKUSSION.....	42
KÄLLFÖRTECKNING.....	44

Figurer

Figur 1 Studiens design

1 INLEDNING

Att föda barn och bilda familj är i de flesta fall en stor händelse i en persons liv.

Att vänta barn är ofta förknippat med glädje. En graviditet är oftast full av förväntan inför det nya barnet som skall komma. Dagens möjligheter att planera graviditeter gör att barnet är väntat och efterlängtat. Medvetet och omedvetet skapas inre bilder av utseende på barnet, och hur livet kommer att bli tillsammans med den nya familjemedlemmen

Ett sällan omdiskuterat problem inom vården idag är, då en familj drabbas av intrauterin fosterdöd (fostret dör i livmodern). Den sorg, som följer på förlusten av ett foster, är viktig att förstå och kunna bemöta.

Grundandet av en familj och ett barns födelse är ett av livets viktigaste utvecklingsskeden. Detta är vanligen en lycklig tid i en människas liv. Men, allt går inte alltid enligt planerna. Då graviditeten slutar i tragedi och barnet är dött kommer frågorna. Varför just vi? Vad har jag gjort för ont? Varför tillåter Gud detta? Till familjen väntades ett nytt liv men istället kom ett stort tomrum. Dödens möjlighet hade ingen kunnat föreställa sig. Sorgen berör hela familjen och den närmaste vänkretsen. Föräldrarna är förkrossade. De har inte erfarenhet av en näras bortgång, och nu sörjer de sitt eget dödfödda barn. Först hade de planerat dop, men istället får de nu planera för en begravning. Få föräldrar har hört att detta har drabbat någon annan. (Pohjanlan-Pirhonen 1993:77-82)

Föräldrarna till ett foster (det ofödda barnet) som dör är i behov av stöd och personalen som kommer i kontakt med dem genom vården är oerhört betydelsefull. Vårdpersonalens bemötande och stöd är av stor betydelse för hur föräldrarnas upplevelse blir, av det som redan på förhand är dömt till att bli en av de sorgligaste händelserna de råkar ut för i livet.

Det jag vill få fram med min studie är att vänta barn behöver inte alltid få ett lyckligt slut, det kan även vända livet helt upp och ner för de blivande föräldrarna i och med att de får veta att deras ofödda barn har dött. För att en moder som burit på sitt barn i månader och känt dess sparkar och rörelser, skall komma vidare efter en sådan tragedi, som det är att mista sitt barn redan före

förlossningen, behöver vi inom vården kunna ge stöd och hjälp åt henne och sin partner. Denna sorg drabbar hela familjen och tyngdpunkten i denna studie är det behov föräldrarna har av ett fungerande stödsystem. Jag vill även som blivande barnmorska få en djupare förståelse för föräldrarnas lidande i dessa svåra situationer samt hur det kan lindras. Genom att förstå hur föräldrarna upplever sin situation då deras ofödda barn dör samt vilket behov av stöd de behöver av barnmorskan hoppas jag kunna ge föräldrarna så god vård och gott bemötande som möjligt i framtiden.

2 CENTRALA BEGREPP

Här följer en förklaring på de mest använda begreppen i mitt arbete.

Barn innefattar i mitt arbete det ofödda barnet under graviditetens alla skeden. Och när detta arbete är från föräldrarnas perspektiv så innefattar det även det döda barnet, eftersom det för föräldrarna var deras barn som dött oberoende i vilken graviditetsvecka det hände.

Dödfödd är ett foster eller nyfödd som vid födelsen inte uppvisar livstecken och vars graviditetsveckor motsvarar minst 22 veckor eller födelsevikten minst 500 gram. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseksi)

Foster används i detta arbete som definition på det ofödda barnet under graviditetens alla skeden utifrån vårdarens synvinkel.

Intrauterin fosterdöd är i det här arbetet det ofödda barnet som dog innan födelsen i livmodern från graviditetsvecka 22 framåt.

Screening är medicinska undersökningar vars avsikt är att hitta sjukdomar hos befolkningen, i den här studien fostret, så tidigt att det med behandlingsmetoder går att minska risken för dödsfall och lidande. (Wikipedia 2009)

Vårdare kan i mitt arbete vara antingen barnmorska, sjuksköterska eller läkare.

3 BAKGRUND

I detta kapitel kommer jag att ta upp statistiken gällande levande och dödfödda barn i Finland, vad som kan vara orsaken till fosterdöd och även föräldrarnas kris då de har varit med om att deras barn har dött innan födelsen. Det som även tas upp är stödet som föräldrarna är i behov av då de drabbas av att deras barn har dött innan födelsen.

3.1 Definition och statistik

Världshälsoorganisationens (WHO) definition som antogs i Genève 1989 lyder som följande: Alla barn (levande och döda) som föds efter 22 fullgångna graviditetsveckor skall anmälas som barn enligt WHO. Om graviditetens längd inte är känd, för de barn som föds döda, ska istället barnets vikt eller längd avgöra om en registrering som barn ska ske. Alla dödfödda barn som väger minst 500 gram, eller är minst 25 centimeter långa ska enligt WHO betraktas som barn då tidsbestämningen av graviditeten saknas. (Faxelid 2007: 359)

År 2005 föddes 57822 barn i Finland varav 57636 barn var levande födda och 186 barn var dödfödda, 98 barn dog under sina första sju levnadsdygn. (Renlund 2006)

3.2 Frekvens och orsaker till att fostret dör i livmodern

Dödsorsaken till intrauterin död kan klassificeras enligt följande:

1. Dödsorsaken konstateras hos modern
2. Dödsorsaken konstateras hos mor och barn
3. Dödsorsaken konstateras hos barnet

4. Dödsorsaken fås fram från placentan (moderkaka)

5. Dödsorsaken förblir okänd (10-20 %)

(Raussi-Lehto 2007: 463)

En viktig orsak till barnadöd i tidig graviditet är missbildningar hos fostret, orsakade av felaktigheter i arvsmassan eller kromosomavvikelser. Infektioner såsom bakterie eller virusinfektioner hos modern kan övergå till barnet och vara en orsak till att barnet dör före födelsen, liksom parasitsjukdomar som malaria och toxoplasmos. (Faxelid 2007:359)

Malaria är en tropisk sjukdom vars symptom vanligen är influensaliknande med feber, värk i kroppen och huvudvärk. En gravid kvinna riskerar att bli mer allvarligt sjuk om hon insjuknar i malaria med betydande risker för barnet. Om en gravid kvinna får malaria finns risk för missfall, att barnet föds för tidigt, är underviktig eller att barnet dör. Behandling av malaria bör skötas av en infektionsspecialist. (Lindh et al. 2009)

Toxoplasmos är en parasitsjukdom och om en gravid kvinna smittas kan sjukdomen överföras till fostret med allvarliga konsekvenser. Människor kan smittas via kattavföring eftersom parasiten förökar sig i kattens tarm. Om det finns symptom så är det antingen lätt feber, svullna lymfkörtlar och trötthet. (Korsholm 2005)

De bakterieinfektioner hos modern som kan överföras till fostret kan vara grampositiva streptokocker grupp B (GBS) som finns normalt på flera ställen i kroppen, speciellt i tarmen och slidan utan att det orsakar någon infektion eller symptom. GBS kan i sällsynta fall överföras till fostret under graviditeten och orsaka infektion som kan leda till fosterdöd. (Sjödin et al. 2009. Grupp-B Streptokocker)

En annan bakterieinfektion som kan överföras från mor till foster är klamydia, som är en vanlig sexuellt överförbar infektion. Upp till 50 % av de kvinnor som har en klamydia infektion uppvisar inte några symptom men om de förekommer kan de yttra sig som slemblandade eller variga flytningar från urinrör eller slida, sveda vid uriner, trängningar och småblödningar vid uriner. (Faxelid 2007: 435-436) Flera studier har visat att det finns ökad risk för prematur födsel (Förtidig födsel, under graviditetsvecka 37), förtidig vattenavgång och låg födelsevikt vid

klamydiainfektion hos kvinnan. (Thejls et al. 2009)

Listeria är också en bakterieinfektion som i sällsynta fall kan infektera den gravida kvinnan och det nyfödda barnet. Människan smittas vanligtvis av listeria via maten. Bakterien kan finnas i födoämnen såsom mejeriprodukter, opastöriserad mjölk och mjuka dessertostar. Om den gravida kvinnan får en listeria infektion kan fostret smittas via moderkakan. Detta är ovanligt. En listeria infektion kan orsaka förtidig vattenavgång och förtidig förlossning. En listeria infektion kan leda till missfall och fosterdöd. (Tärnvik et al. 2004)

Virusinfektioner som också kan orsaka barnets död är exempelvis cytomegalovirus (CMV), som är en vanlig infektion. Efter att man blivit smittad av CMV för första gången finns CMV kvar i kroppen hela livet, utan att man märker av det eller att det ger några problem. För en gravid kvinna CMV för första gången i sitt liv finns det en risk att infektionen kan gå över till fostret. Smitta överförs endast från människa till människa. CMV ger sällan sjukdomssymptom men om man skulle bli sjuk och få symptom kan dessa vara luftvägssymptom, långvarig feber, lunginflammation och en lätt leverpåverkan. CMV kan överföras från mor till barn under graviditeten och förlossningen. Missfall och fosterdöd kan i sällsynta fall bero på CMV. (Sjödén et al. 2009. Cytomegalovirus)

Då dödsorsaken konstateras hos modern kan orsaken också vara till exempel en kronisk sjukdom (t.ex diabetes högt blodtryck) hos modern eller graviditetsförgiftning. Då dödsorsaken kan vara beroende av både mor och barn, är det ofta fråga om en övertidsgraviditet där graviditetsveckorna gått över 42 veckor eller en Rh-immunisering. Då man finner orsaken hos barnet är det vanligen fråga om medfödda missbildningar, intrauterin infektion hos fostret eller förlossningstrauma. Då dödsorsaken fås från placentan är det ofta någon form av insufficiens, ablatio (då placentan lossnar för tidigt) eller någon navelsträngskomplikation. I placentan d.v.s. moderkakan sker gasutbytet mellan foster och mor. Dessutom tillförs fostret här näringsämnen och avger slaggprodukter. Via moderkakan kan också antikroppar och läkemedel nå fostret. Moderkakan fungerar också som infektionsbarriär. Sedan finns också de fall där orsaken till fosterdöden förblir oklar. Många ofördelaktiga påverkande faktorer kan vara beroende av varandra. Sådana är exempelvis om föderskans ålder är över 35 år, om kvinnan haft flere än fyra förlossningar, om kvinnan har sämre social ställning än i medeltal eller om kvinnan är kort till växten. Storrökare

har även större risk att få ett dödfött barn. Om man tidigare förlorat ett barn i perinataldöd ökar risken att man i en senare graviditet får ett dödfött barn. Därför hör de mammor som tidigare förlorat ett barn i perinataldöd till riskgruppen. (Mayes et al. 2005:597-599, Faxelid 2007: 71)

3.3 Den intrauterina fosterdödens preventiva möjligheter

Syrebrist är den allmännaste orsaken till intrauterin fosterdöd. Andra orsaker kan vara livmoder- eller fostrets tillväxtretardation, flerbördsgraviditet och blödningar under graviditeten. Om man lär sig känna igen de obstetriska riskgrupperna så är det ett naturligt förebyggande av intrauterin fosterdöd. En tredjedel av de dödfödda hör, trots detta, inte till de kända riskgrupperna, så vårdarna bör försöka finna andra metoder att finna riskerna. De flesta svåra missbildningar hos fostret som kan leda till fosterdöd konstateras idag i ultraljudsscreening. De blivande föräldrarna kan då välja att avbryta graviditeten. (Mayes et al. 2005: 598-599)

En del av de intrauterina dödsfallen skulle kunna undvikas om alla förlossningssjukhus skulle ha tillräcklig dejourering dygnet runt så att ett kejsarsnitt när som helst under dygnet skulle kunna göras. De tre vanligaste sätten att följa med hur fostret mår är: att räkna fosterrörelser, CTG (registrering av fostrets hjärtljud) och ultraljudsundersökning. Att räkna fosterrörelser kräver ingen teknisk apparatur och den blivande modern kan göra det hemma dagligen enligt anvisningar. Under en timme skall modern känna tio fosterrörelser, om inte, skall hon fortsätta och räkna en timme till. Om hon inte under denna timme känt tio fosterrörelser, bör fostrets tillstånd undersökas noggrannare. Om fosterrörelserna minskar eller uteblir är det skäl att ta kontakt med mödravårdscentralen eller förlossningsavdelningen för vidare undersökning. Det följande man gör är att ta en hjärtljudskurva av fostret och beroende på vad den visar, kan man närmare säga hur fostret mår. Det tredje sättet på vilket man kontrollerar hur fostret mår är med ultraljud. (Faxelid 2007:360)

I ultraljud kan man följa med fostrets andningsrörelser, extremiteternas rörelser, fostrets tonus, fostervattenmängd, blodflödet i navelsträngen och även kontrollera placentans funktion. (Mayes et al. 2005:599)

Fosterrörelser upphör ofta 12-48 timmar innan fosterdöd inträffar. (Faxelid 2007:142)

Om man noggrant följer med de gravida kvinnorna under graviditeten och på det viset upptäcker avvikelser eller risker, är det möjligt att minska den intrauterina fosterdödligheten. Men de gånger då en intrauterin fosterdöd trots allt inträffar, behöver kvinnan och familjen allt stöd de kan få.

3.4 Föräldrarnas kris

När man väntar ett barn har man stora förväntningar och planer inför framtiden men när föräldrarna får beskedet om att deras väntade barn är dött omkullkastas alla deras framtidsplaner och drömmar och med detta startar en traumatisk kris.

Denna traumatiska kris nämns i flera forskningar som används i min studie och därför lyfts detta fram för att få veta vad föräldrarna går igenom när de får veta något så tragiskt som att deras efterlängtnade barn har dött innan födelsen.

3.4.1 Föräldrarnas kris när de drabbas av att deras ofödda barn dör

Psykiska kriser innebär upplevelser av övergivenhet, självförkastelse och/eller kaos.

Kaosupplevelsen kan vara stark med ångestkänslor och med ett panikartat sökande efter meningen med det skedda eller med själva livet. Enligt Arja Laakkonen har den traumatiska krisen fyra naturliga förlopp: Chockfas, reaktionsfas, bearbetningsfas och nyorienteringsfas. Chockfasen varar från ett kort ögonblick till några dygn. Individen kan inte ta in det skedda eller bearbeta det. Bearbetningsfasen innehåller många gånger magiska föreställningar till exempel ” Jag vet inte varför, men jag känner att det är ett straff för något eftersom barnet dog.” (Raussi-Lehto 2007: 459)

Så småningom kan man se den ersättas av nyorienteringsfasen, som innebär att smärtan efter det förlorade är borta eller helt under kontroll. Men det försoningsarbete som livet normalt skall

innebära brukar vara särskilt svårt att få till stånd i situationer där föräldern bär med sig ett barn som inte fick bli vuxet eller födas levande. Men om förlusten av barnet inte resulterat i bitterhet och låsning, kan ändå en nyorientering ske. (Cullberg 2005:44.)

3.4.2 Det stöd föräldrarna behöver som drabbats av att deras ofödda barn dör

Många av de som förlorar sitt barn reagerar omedelbart med en psykisk chock som varar kortare eller längre tid. Denna chockperiod kännetecknas inte, som så många tror, av starka känslomässiga reaktioner. Många förvånas över frånvaron av känslor och tror sig vara ”tokig” eller onormal. De behöver få förklarat för sig att detta är en normal reaktion på extrem stress. Ju mer dramatiska omständigheterna kring döden är, desto långvarigare blir chockreaktionen. Chockreaktionen är ett sätt att fördröja en känslomässig reaktion. Den följs ofta av misstro och förnekande av att barnet är dött. När chockreaktionen gått över kommer känslor av sorg, förtvivlan, tomhet och smärta med stor kraft. Häftiga gråtattacker och längtan efter den dödfödda babyn blandar sig med rastlöshet och sömnproblem. Man kan inte göra smärtan eller saknaden mindre, ingen kan ersätta den som är död. Men föräldrarna kan lättare se ljuset i andra ändan av tunneln om de upplever gemenskap i smärtan. Genom att berätta om upplevelser och dela erfarenheter kan vårdarna utvidga gränserna. Ge varandra större utrymme - låta sig fyllas av allt det som vi måste komma, att vara tolerant mot de ”svåra ” känslorna. (Raussi- Lehto 2007: 457-461)

Det är här som vi som vårdare måste ingripa och försöka ge föräldrarna, som förlorat sitt barn, hopp. Hoppet innebär en kraftkälla för människan att gå vidare. Hoppet är knutet till framtid och förändring. Hoppet hör samman med de djupa frågorna kring livets mening och livsviljan. Den stora frågan och utmaningen vårdaren har : Hur skall jag kunna hjälpa föräldrar att få livsvilja? (Eriksson 1987:54-55)

Hur en kris löses och bearbetas beror i hög grad på den yttre livssituationen. Tillgången till praktisk hjälp och allmänt stöd av närstående och vänner är avgörande för om föräldrarna skall få en möjlighet att arbeta med allt det som krisen väcker.

4 PROBLEMAVGRÄNSNING

Detta arbete är en kvalitativ litteraturstudie. Materialet i den här studien består av 9 forskningsartiklar och tre tidningsartiklar, som har analyserats enligt en induktiv innehållsanalys av Tuomi & Sarajärvi (2002). Jag har valt den här metoden för att jag skulle ha möjlighet att ur ett brett material kunna plocka ut det jag upplevde som intressant och sammanställa det till en ny enhet. I denna studie har undersökningen avgränsats till föräldrars perspektiv omkring deras upplevelse och lidande att deras ofödda barn har dött innan födelsen. Detta i syfte på att som barnmorska få en djupare förståelse för föräldrarnas lidande och behov av hjälp och stöd i dessa situationer. Katie Erikssons (1994) tankar om lidande och caritas tanken (1987) har valts till det teoretiska perspektivet i detta arbete

5 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Avsikten med denna studie är att lyfta fram lidande från föräldrarnas perspektiv då de drabbats av att deras ofödda barn dött innan födelsen. Detta i syfte på att få en djupare förståelse för föräldrarnas lidande och behov av hjälp och stöd i dessa situationer.

De frågeställningar jag vill besvara i denna studie och som svarar på syftet består av huvudfrågeställningen

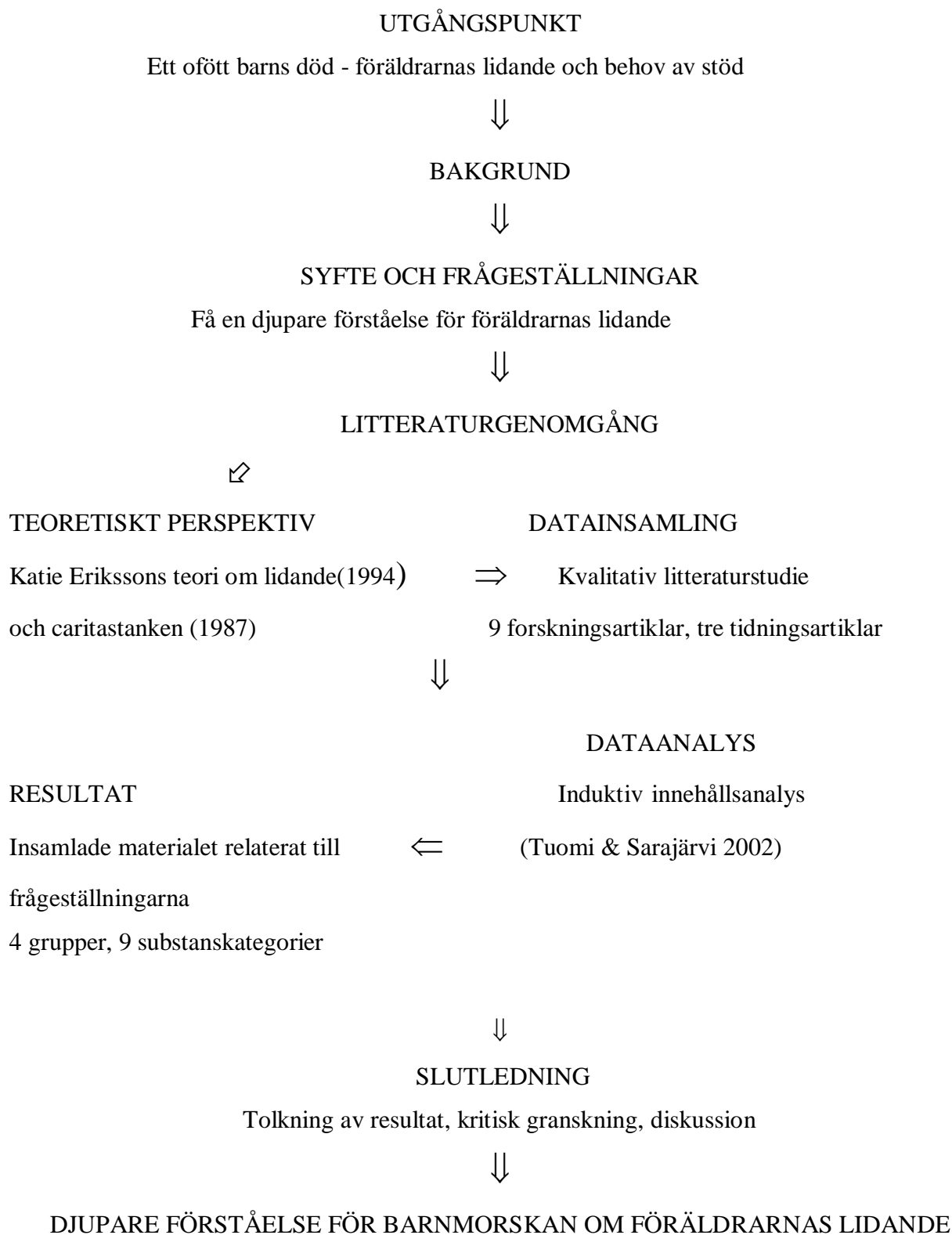
Vilka upplevelser har föräldrarna av tiden efter att deras ofödda barn har dött?

Denna frågeställning leder vidare till tre underfrågor som måste besvaras för att syftet med studien skall uppfyllas.

. Vilket är lidandet hos dessa föräldrar?

. Hur kan lidandet lindras?

6 DESIGN



Figur 1 Studiens design

Utgångspunkten för denna studie är att som blivande barnmorska få en djupare förståelse för föräldrars lidande när de drabbas av att deras ofödda barn dör innan födelsen. Som bakgrund tas det upp eventuella orsaker som kan leda till att fostret dör i livmodern och den traumatiska kris föräldrarna utsätts för då de drabbas av en så omvälvande situation i livet. Som följande letar jag efter forskningar inom området och det har visat sig att det inte finns mycket forskning just omkring föräldrars lidande och upplevelser efter sitt ofödda barns död.

Efter litteraturgenomgången formas syftet och frågeställningarna. Avsikten med studien är att lyfta fram lidandet ur föräldrarnas perspektiv när de drabbas av att deras ofödda barn dör innan födelsen i syfte för att få en djupare förståelse för föräldrars lidande och behov av stöd och hjälp i dessa situationer. Frågeställningarna i studien lyder såhär: vilka upplevelser har föräldrarna efter tiden då deras ofödda barn har dött?, vilket är lidandet hos dessa föräldrar?, hur kan lidandet lindras? och vilket behov av stöd och hjälp behöver föräldrarna av barnmorskan?

Eftersom den här studien utgår från föräldrarnas perspektiv bestämmer jag mig för att använda mig av teoretikern Katie Eriksson och hennes teori om lidandet (1994) och caritas tanken (1987). Arbetsgången är en process där det teoretiska perspektivet, datainsamlingen, data-analysen och resultatet går hand i hand.

Tolkandet sker av det material som jag får svar på och leder till ett slutresultat. Resultatet arrangerades enligt de fyra frågeställningarna i min studie och från dessa steg nio substanskategorier fram. Till sist dras slutsatserna ur resultatet och jag ser tillbaka på syftet, frågeställningarna och det teoretiska perspektivet.

7 PRESENTATION AV MATERIALET

Nedan följer en kort presentation över innehållet i alla artiklar. I den här studien består tidigare forskning och materialet av samma artiklar eftersom det är ur tidigare forskningar, som svaret på den här studiens frågeställningar söks.

Artikeln *Parent's experience of midwife-manager care following the loss of a baby in a previous pregnancy* av Caelli et al (2002), handlar om en studie som bygger på ett program, "Special delivery service" (SDS). Programmet har utvecklats av barnmorskor som utöver de rutinmässiga undersökningarna i samband med en graviditet, även ansåg att par som drabbats av dödfött barn tidigare var i behov av extra uppmärksamhet och god vård. Detta för att få mera information angående graviditeten och ett större stöd både av barnmorskor och par i liknande situation. Studien lägger stor vikt vid att föräldrar måste få sörja på sitt eget sätt och i sin egen tid, samt bemötas därefter. Metoderna som användes i forskningen var intervjuer med personer som har medverkat i SDS programmet. Totalt intervjuades 13 personer, både individuellt och i par. De frågades bl.a. hur de kom i kontakt med SDS programmet, hur det kändes att vara med i en sådan grupp som SDS, samt hurdana upplevelser de hade av detta program. Sammanfattningsvis visar studien att par som mistat ett barn tidigare påverkas av detta i följande graviditet.

Hsu et al. (2004) undersöker i artikeln *Interpretations of stillbirth* Taiwanesiska kvinnors upplevelser av att deras väntade barn dör innan födelsen och hur olika sorgearbetet upplevs bland människor i olika kulturer. Under en period på två och ett halv år har man intervjuat 20 kvinnor, som har drabbats av att deras barn dött efter minst 20 graviditetsveckor, för att ta reda på hur de upplevde sitt barns död. De fyra största teman som uppkom i intervjuerna var: "brist på kontroll", "brustna drömmar", "splittrande individualitet" och "någonting är fel med mig". Upplevelser av att barnet dör innan födelsen bland Taiwanesiska kvinnor tyder på en stark känsla av otillräcklighet, personligt misslyckande samt utöver deras moderliga identitet bör även den kulturella kvinnliga rollen beaktas. Flera av informanterna klandrade sig själv för deras ofödda barns död. För att kunna hjälpa dessa mödrar att sluta klandra sig själva för sitt barns död bör vårdarna vara uppmärksamma på mödrarnas reaktioner efter traumat. Vårdarna bör åtminstone kunna övertyga dessa mödrar att orsaken till att barnet dog i livmodern inte var resulterat till O-kompetens från moderns sida.

Artikeln *Breaking the silence of African American women: healing after pregnancy loss* (2001) av Van P', tar författaren och reflekterar över en del av en större kvalitativ studie i vilken författaren undersöker graviditets relaterade upplevelser av tio afrikansk amerikanska kvinnor. Studiens syfte är att beskriva de olika sätten kvinnorna använder sig av efter sin förlust för att bearbeta

sorgen. Man använde sig bland annat av intervjufrågor med öppna svar för att få resultat. Artikeln handlar om hur de kvinnor med ett afrikanskt ursprung upplever smärta efter att ha mistat sitt barn på grund av att sorgearbetet efteråt inte anses vara av lika stor vikt som det är hos bland annat europeiska kvinnor. Detta leder till att vårdarbetare, familjer och vänner undviker att diskutera förlusten. De mödrar som inte får prata ut om sin sorg har med stor sannolikhet en chans att få följder av sin sorg som blir starkare och längre än de som får hjälp med att bearbeta sorgen.

Artikeln *A vast and sudden sadness* av Kalb et al. (2009) är en översikt av tidigare studier, med syfte att framhäva vikten av att lära känna sitt dödfödda/döende barn. En studie med 3000 kvinnor resulterade i att de kvinnor som hade en chans att hålla och se sitt barn fick färre symptom av depression och ångest. Det är viktigt att ingen tvingas till att hålla sitt barn utan det skall ske naturligt. Sköterskor i dagens läge uppmuntrar oftast föräldern att hålla sitt barn. Studien visade dock att 80 % av kvinnorna som hade nekat till att hålla sitt barn ångrade sitt beslut. Det finns en organisation, "Now I lay me down to sleep", där bland annat frivilliga fotografer medverkar och tar fina professionella foton av barnet. Fotosessionerna kan även fungera som ett tillfälle att komma närmare sitt barn. Syftet med dessa fotografier är ändå att det skall fungera som ett hjälpmedel i sorgearbetet.

Artikeln *Hospital Care for Parents after Perinatal death* av Gold et al (2007) handlar om föräldrars upplevelser av sjukvårdspersonalens vård efter att ha förlorat sitt ofödda eller nyfödda barn. I en utvärdering av fler än 1100 artiklar från 1966 till 2006 undersöktes studier angående fosterdöd i andra eller tredje trimestern samt neonatal död under första levnads månaden. Resultaten sammanställdes ur fem synvinklar utifrån rekommenderad vård: 1) Erhålla fotografier och minnen av det avlidna barnet, 2) se och hålla barnet, 3) förlossningen 4) obduktionen och 5) alternativ för begravning eller minnesstund service. Överlag beskrivs det hur föräldrar uppskattar den tid och kontakt de kan få med sitt avlidna barn, att få olika alternativ angående hur barnet skall förlösas samt alternativ angående begravning samt att ha uppföljnings besök på sjukhuset efter obduktionen av barnet. Sammanfattningsvis borde sjukvårdspersonalen uppmuntra föräldrarna att ta kontakt med det avlidna barnet och skaffa sig minnen av barnet såsom fotografier, fotavtryck etc.

Artikeln *Assesment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth:a cohort study* av Hughes et al (2002) beskriver en studie av de psykologiska effekterna av att förlora sitt barn före födelsen. Målet med studien var att ta reda på om kontakt med det dödfödda barnet har fördelaktiga effekter på den fysiska hälsan hos modern och hennes framtida barn. I studien deltog 65 kvinnor som hade drabbats av intrauterin fosterdöd som jämfördes med 60 kvinnor vars graviditet fullföljdes normalt. Jämförelsevariablerna var i studien följande: att hålla barnet, att se barnet och att ha en begravning för barnet. Resultaten från studien visade att ju mera kontakt med det dödfödda barnet man hade desto värre blev följderna. Det visade sig att de kvinnor som höll i sitt dödfödda barn var mera deprimerade än de som bara såg barnet. För de kvinnor som inte hade kontakt med barnet var sannolikheten lägst att bli deprimerade. Det kom inget resultat angående begravningen i studien på grund av att deltagarantalet var för lågt.

Artikeln *A father's Grief :Dealing with stillbirth (1998)* av O'Neill handlar om faders berättelse om sin roll i sorgearbetet, samt sin egen upplevelse av situationen. Han berättar skillnaden mellan när en vuxen dör och när ett väntande barn dör. När hans barn dog, dog även hoppet, drömmarna och den planerade framtiden tillsammans. Det sämsta bemötande enligt fadern var när människor i hans omgivning ignorerade att han mistat sitt barn. Detta fick han att känna sig isolerad. Det förlorade barnet påverkade även hans relation till sin fru. Han kände att han hade en press på sig att vara stark. Hans sorg var inte hans prioritet utan han skulle som ett stöd för sin fru samt planera begravning etc. Viktigt enligt fadern var även att barnet bemöttes med en fulländad individ. Sammanfattningsvis är det viktigt som vårdare att även ta hänsyn till faderns sorgearbete fastän han uppger en stark fasad utåt.

Artikeln *Shrouds of silence:three woken's stories of prenatal loss* av St John et al (2006) handlar om tre kvinnor som drabbats av prenatal förlust efter en normal och lyckad graviditet. Dessa kvinnor intervjuades i sitt eget hem var de fick dela med sig av sina erfarenheter. Alla kvinnor var överens om att de skulle ha velat ha någon att tala med under den svåra tiden. De kände sig isolerade och fick väldigt lite stöd i sitt sorgearbete på grund av att människor i deras omgivning förväntade sig att de kommit över tragedin efter en tid. Människor ignorerade problemet och undvek dem såsom de aldrig varit gravida. Situationen blev för invecklad för att människor i

deras omgivning skulle kunna hantera den. Ilska och skuldkänslor var vanligt bland alla tre kvinnor efter sin förlust.

Artikeln *Sudden infant death syndrome (SIDS):cot death* av Mohana (2006) handlar om att föräldrar inte får anklagas för sitt barns död. Om ett barn dör skall barnet obduceras noggrant för att reda ut dödsorsaken. Artikeln förklarar att det borde finnas mera forskning och mindre spekulationer kring fosterdöd. Med detta menar skribenten att föräldrarna redan går igenom en otroligt svår situation och behöver därför inte utöver sitt sorgearbete även bli anklagad för sitt barns död. Familjerna bör bli bemötta med respekt med hänsyn till deras känslor samt få tid att sörja ifred.

Artikeln *Guilt and emptiness: womens experiences of miscarriage* av Adolfsson Ann-Sofie et al (2004) handlar om kvinnors känslor efter missfall. Första reaktionen är chock som sedan följs av en känsla av tomhet och skuld. Kvinnor planerar redan i ett tidigt skede av graviditeten en framtid med barnet. Därför är missfallet inte endast en förlust av ett foster utan av ett barn. Skuldkänslorna uppkommer då de känner att de på något sätt orsakat sitt barns död genom att ha gjort något, ätit något eller tänkt något fel. Därtill känner de sig otroligt ensamma. I studien deltog 15 kvinnor från Sverige som blev intervjuade antingen i sitt hem eller på sjukhuset om känslorna kring sin graviditet och känslorna efter att de fått veta att de fått missfall.

Artikeln *Meaning-making in the aftermath of sudden infant death syndrome* av Krueger et al. (2006) handlar om hur föräldrar klarar av att fortsätta leva sitt liv och finna en mening i livet och komma tillbaka till samhället. Forskning kring detta ämne görs för att kunna hjälpa vårdpersonal att bemöta föräldrar som förlorat sitt ofödda barn. Artikeln antyder även viktigheten av ett psykologiskt stödsystem samt ett empatiskt och sensitivt bemötande.

Artikeln *The silent sorrow* av Moffitt et al. (2006) diskuterar de sorgeproblem som upplevs av föräldrar efter att de förlorat sitt ofödda barn. Hur många som mistar sitt barn kommer att öka på grund av att föräldrar skaffar barn senare i livet. Gemensamt för många familjer är att de uppfattade att vänner och bekanta frågade om förlusten och hur de kände sig med mera i början

men med tiden blev de mindre intresserade, vilket ledde till att de kände sig ensamma och inte hade någon att prata med. Därtill uppkom det problem för många föräldrar att umgås med andra som hade småbarn eller var gravida.

8 TEORETISKT PERSPEKTIV

Begreppen ur Katie Erikssons vårdteoretiska tänkande som i denna studie kommer att användas är caritas tanken och lidandet.

En inriktning på caritas tanken har gjorts, eftersom caritas tanken ger patienten, det vill säga föräldrarna, tro och hopp i den svåra situationen de befinner sig i då de fått veta att deras väntade barn har avlidit. Lidandet har valts som teori eftersom det uppstår lidande på olika nivåer då föräldrarna går igenom sorgeprocessen av sitt efterlängtrade barns död.

8.1 Caritas-tanken

Caritastanken – människokärleken, ses som vårdvetenskapens kunskapsobjekt. Caritastanken, eller kärleks- och barmhärtighetstanken, kan sägas utgöra kärnan i allt vårdarbete. Kärlekstanken inbegriper tro och hopp. (Eriksson 1987:38)

Kärleken är till sitt varande allt igenom god. Världen i vilken kärleken uppenbarar sig är däremot inte nödvändigtvis god. Det mänskliga lidandet blir ibland outhärdligt och då kan det vara svårt för kärleken att tränga igenom lidandets smärta. Lidande, smärta, sorg och ondska förändrar inte i sig kärlekens innersta väsen, det goda, men de kan utestänga ”de goda” upplevelseformerna. (Eriksson 2/1990: 3)

8.2 Begreppet lidande

Det är den lidande människan som vårdpersonalen möter i vården och som i djupaste mening

motiverar att vårdpersonalen vårdar. Det är i kraft av kärleken som barnmorskan kan vårda och lindra lidandet. Där kärleken och lidandet möts uppstår ett sant medlidande och därmed en verklig vård. (Eriksson 1994: 8)

Eriksson anser att lidandet förmodligen alltid kommer att framstå som en gåta eftersom varje människas lidande är unikt. (Eriksson 1994: 13)

Lidande är någonting alltigenom ont och har i sig självt ingen mening, men varje människa kan genom sitt eget lidande beskriva dess mening. Eriksson beskriver lidandet som en kamp mellan gott och ont, mellan lidandet och lusten. Liv och död, lidande och lust utgör kärnan i det mänskliga livet. (Eriksson 1994: 11)

8.2.1 Att Lida

Ordet lidande kan definieras på olika sätt. Eriksson beskriver lidande bl.a. som att ”kämpa” och ”utstå”. (Eriksson 1994: 19)

Eriksson konstaterar att när människan lider föder hon samtidigt en känsla av hopplöshet och lidandet behöver hopp för att kunna lindras. Ödmjukhet är något som hjälper människan att gå igenom sitt lidande och genom det föds förmågan till medlidande. Medlidande hjälper sedan människan att se den andra och vända sig bort från sig själv. (Eriksson 1994: 21)

8.2.2 Lindring av lidande

Eriksson beskriver lidande som skapas av förväntningar som upplevs när en människa träder in i ett mänskligt möte eller en vårdrelation. Hon kallar detta för ”lidandets drama”. Det kallas för drama för att det är fyllt av förhoppningar som väcks på nytt efter att det om igen varit försmådd. Nuförtiden saknar människan delvis ett språk för att uttrycka sitt lidande och de innersta känslorna. Det är ett mångskiftande drama som utspelas i våra möten med lidandet. Alltför många förefaller att sakna motspelare i lidandets drama. (Eriksson 1994: 53-54)

Varje människa som lider behöver tid och rum för att lida ut. Att försöka bortförklara eller alltför snabbt hitta en orsak till lidandet leder till att vi tar ifrån människan möjligheten att lida.

(Eriksson 1994: 54)

Eriksson menar att människan som lider ofta vill vara ensam, men trots det vill hon ändå uppleva gemenskap. (Eriksson 1994: 54).

Att känna sig övergiven i sitt lidande föder lätt en känsla av hopplöshet som i sin tur leder till förtvivlan. Föräldrar till ett dödfött barn upplever lätt förtvivlan. De frågar mycket och är mycket sårbara. Inget svar de får är det rätta. Lidandets drama har också ett lyckligt slut. Det innebär försoningen som betyder att människan finner ett nytt liv, att hon skapar en ny helhet som även innehåller ”det onda”. Det onda bäddas dock in i en ny meningsfull helhet och på så vis kan det genomlevda lidandet tillskrivas en mening. (Eriksson 1994: 55)

Livet kommer att fortsätta att vara oförutsägbart i många lägen för de flesta av oss. Jag tror inte att man behöver hysa någon rädsla för att veta för mycket, kunna förutse och garantera att inget ledsamt kommer att drabba oss.

9 METOD

Den här studien är en kvalitativ litteraturstudie. Insamling av material till det här examensarbetet har skett via litteratursökning på internet. Totalt har nio forsknings- artiklar och tre tidningsartiklar sparats för genomläsning och användning i arbetet. Artiklarna har sedan analyserats enligt Tuomi och Sarajärvis metod för induktiv innehållsanalys.

Som följande kommer jag att gå mera ingående igenom datainsamlings- och dataanalysmetoden, hur jag har använt mig av metoden i min resultatredovisning samt forskningsetik.

9.1 Datainsamlingsmetod

Insamling av material till detta examensarbete har skett via två databaser. Följande databaser har använts: EBSCO – Academic Search Elite och CINAHL. Dessa databaser är engelskspråkiga. De sökord som använts är : stillbirth, stillborn, fetal death, fetus mortus, grief, prenatal death, care, nurse, nursing, patient, suffer, suffering. Sökorden användes i olika kombinationer eller skilt för sig. Insamling av forskningsartiklar har skett från september-december 2009 samt i februari 2010.

I båda databaserna har en begränsning gjorts till endast full text artiklar och artiklar från år 1998 till år 2010. Orsaken till att min begränsning börjar från år 1998 är att jag hittade en artikel, en pappas berättelse, angående pappans lidande och upplevelser när hans ofödda barn dött. Det är nämligen väldigt lite skrivet utifrån faderns synvinkel på fosterdöd och därför ville jag ta med den här artikeln/berättelsen i min studie.

Totalt har nio forskningsartiklar och tre tidningsartiklar sparats för genomläsning och användning i arbetet. Orsaken till att övriga träffar inte granskades noggrannare var att varken rubrikerna eller abstrakten befanns intressanta för den här studien på grund av att många artiklar hade en medicinsk synvinkel på sina forskningar medan den här studien mera fokuserar på känslor och upplevelser. Materialet består av artiklar från det hälso- och vårdvetenskapliga området.

9.2 Dataanalysmetod

I en kvalitativ forskning försöker man inte uppnå statistiska generaliseringar. Man försöker istället beskriva en händelse eller ett fenomen, förstå ett speciellt handlande eller ge en teoretiskt meningsfull förklaring till något fenomen. (Tuomi och Sarajärvi 2002:87)

Hörnstenarna i en kvalitativ analys är att man skall bestämma vad i materialet som intresserar och fatta ett beslut. Därefter går man igenom materialet, urskiljer och märker ut de saker som är av intresse och lämnar bort allt annat från forskningen. Sedan skall man klassificera materialet eller ordna det i teman. Till sist skriver man ett sammandrag. (Tuomi och Sarajärvi 2002:94)

Det första man kommer att märka är att man i materialet hittar många saker som skulle vara intressant att forska i. Det är dock viktigt att vara bestämd mot sig själv och välja ett noggrant avgränsat fenomen som man håller sig till och berättar om. Det, som man just i den här

forskningen är intresserad av, syns i forskningens syfte, forskningsproblemet eller forskningsuppgiften. (Tuomi och Sarajärvi 2002:94)

I en kvalitativ forskning pratar man ofta om induktiv och deduktiv analys. Den här delningen baserar sig på tolkningen av den i forskningens använda slutsatslogik, vilken kan vara antingen induktiv eller deduktiv. Induktiv innebär att man går från enskilt till allmänt. Deduktiv innebär att man går från allmänt till enskilt. (Tuomi och Sarajärvi 2002:95-97)

Innehållsanalys är en metod att systematiskt och objektivt analysera dokument. Dokument kan i det här fallet innefatta böcker, brev, artiklar, intervjuer, dialoger med mera. Med en innehållsanalys får man dock materialet endast strukturerat så att man kan dra slutsatser. Innehållsanalysen är alltså en textanalys. (Tuomi och Sarajärvi 2002:105.)

En induktiv analys utgår från materialet medan en deduktiv utgår från en teori. I innehållsanalysen strävar man efter att ordna stoffet i en komprimerad och klar form utan att förlora den information som finns. Meningen med en kvalitativ analys av materialet är att öka informationsvärdet. Med analysen skapar man klarhet i materialet så att man på basen av det kan dra klara och tillförlitliga slutsatser om det undersökta fenomenet. (Tuomi och Sarajärvi 2002:110)

Innehållsanalysen kan beskrivas som en process i tre steg vilken består av 1) reducering/förenkling av materialet, 2) gruppering av materialet och 3) abstrahering/skapande av teoretiska begrepp (Tuomi och Sarajärvi 2002:110-111)

Till reduceringen hör att man från det material som man skall analysera, plockar bort all den för forskningen oväsentliga informationen. Reduceringen kan innebära att man antingen komprimerar informationen eller spjälkar upp den i delar. (Tuomi och Sarajärvi 2002:111)

Reduceringen kan gå till så att man med hjälp av forskningsfrågorna söker efter de begrepp som svarar på dem och streckar under dessa. De understreckade uttrycken skrivs därefter ner på ett skilt papper efter varandra. (Tuomi och Sarajärvi 2002:112)

Då man skall gruppera materialet går man noggrant igenom de reducerade uttrycken och söker

efter både likheter och olikheter i dem. De begrepp som betyder samma sak grupperas och sammanförs i en underklass som benämns med ett begrepp som beskriver klassens innehåll. Klassificeringen kan basera sig på till exempel det undersökta fenomenets egenskap, drag eller begrepp. Då man grupperar blir materialet komprimerat, eftersom enskilda faktorer inkluderas i mer allmänna begrepp. Grupperingen skapar preliminära beskrivningar av det undersökta fenomenet. (Tuomi och Sarajärvi 2002:112-113)

Efter att man grupperat materialet skall man abstrahera eller begreppslika det, så att den för forskningen väsentliga informationen urskiljs. På basen av den utvalda informationen skapar man teoretiska begrepp. I abstraheringen går man från de i ursprungsmaterialet använda uttrycken till teoretiska begrepp och slutsatser. I begreppsligandet fortsätter man med att kombinera olika underklasser till överklasser till huvudklasser så långt det är möjligt. Slutligen skapar man ett sammanfattande begrepp eller klass. (Tuomi och Sarajärvi 2002:114-115)

I en materialbaserad innehållsanalys kombinerar man begrepp och får på så vis svar på forskningsfrågan. Innehållsanalysen baserar sig på tolkning och slutsatser, där man går från empiriskt material mot en begreppslika syn på det undersökta fenomenet. Abstraheringen kan beskrivas som en process där forskaren med hjälp av allmänna begrepp skapar en bild av forskningsmålet. På det här viset jämförs teorier och slutsatser hela tiden med ursprungsmaterialet då man formar nya teorier. (Tuomi och Sarajärvi 2002:115)

9.3 Tillämpning av dataanalysmetoden

Metoden har i den här studien använts på så vis att först har alla artiklar lästs igenom noggrant. Därefter har de fyra frågeställningarna fått olika färgkoder. De 12 artiklarna analyseras genom att flera gånger läsa igenom alla artiklar och strecka under de meningar och uttryck som svarar på frågeställningarna med respektive färg.

Artiklarnas innehåll analyseras enligt studiens syfte, dvs. lyfta fram lidande ur föräldrarnas perspektiv vid intrauterin fosterdöd och i syfte på det få en djupare förståelse för föräldrarnas

lidande i dessa situationer.

Artiklarna analyseras också utifrån frågeställningarna dvs. hur föräldrarna upplever tiden efter att deras ofödda barn har dött, på vilket sätt föräldrarna upplever lidande och hur det kan lindras samt vilket behov av stöd och hjälp föräldrarna behöver i deras sorgearbete.

Vidare listades alla uttryck, översattes till svenska och förenklades.

Materialet arrangerades utifrån de fyra frågeställningarna d.v.s. föräldrarnas upplevelser kring tiden efter att deras ofödda barn har dött, på vilket sätt föräldrarna upplever lidande och hur det kan lindras samt vilket behov av stöd och hjälp föräldrarna behöver i deras sorgearbete. Efter det söktes likheter och olikheter bland uttrycken från varje frågeställning och av dem skapades nio substanskategorier som namngavs enligt innehåll.

Den första frågeställningen handlar om föräldrars upplevelser kring tiden efter att deras ofödda barn har dött. Den andra frågeställningen handlar om lidandet och ur detta steg fyra substanskategorier fram: föräldrarnas livslånga sorgearbete, känslor som uppkommer under sjukhusvistelsen, brustna drömmar och kulturens inverkan på sorgprocessen och faderns känslor under tiden efter barnets död. Den tredje frågeställningen handlar om lindrat lidande och ur detta steg två substanskategorier fram: att lyssna och respektera och föräldrarnas möte med barnet. Den fjärde frågeställningen handlar om behov av stöd och hjälp av barnmorskan och ur detta steg tre substanskategorier fram: barnmorskans roll som stödperson åt föräldrarna, behovet av ett fungerande stödsystem efter sjukhusvistelsen och ökad kunskap hos vårdarna. Redovisningen av resultatet sker i textform.

9.4 Forskningsetik

Etiska frågor inom vårdforskningen innebär en ytterligare precisering av den etiska kod som tillämpas inom allt vårdarbete och dessa frågor får inte stå i konflikt med de allmänna etiska frågorna inom vården. De forskningsetiska frågorna kan inte begränsas till själva forskningsprocessen utan måste ses ur ett vidare perspektiv, som innefattar alla de skeden som hör till det vetenskapliga arbetet. Forskareetik och forskningsetik är en naturlig del av allmän mänsklig etik, vilket innebär att utveckla sitt forskarsamvete.(Eriksson 1992:20-21)

Det finns inom forskningsetiken ett antal riktlinjer som är allmänt accepterade. Den kanske viktigaste är att man inte skall skada någon annan eller åstadkomma onödigt lidande. Det är även viktigt att söka kunskap och att föra den vidare genom undervisning och forskning. Forskningen får inte vara ett självändamål utan den kunskap man får bör komma till användning och gagna så många människor som möjligt. (Eriksson 1992:21-22)

Många gånger kan man stå inför situationer där kunskapen tar slut, där man inte vet vilket det bästa sättet att handla är. I sådana situationer innebär etik att man vågar erkänna sin okunskap och samtidigt tar ansvar för att forskning kommer igång inom området. Eriksson säger: ” Att inte söka kunskap, att inte forska är oetiskt i situationer där man står inför uppenbara problem, olösta frågor eller någonting som man inte förstår.”(Eriksson 1992:22)

Forskningsetiken har beaktats i det här studien genom att tolkningen av materialet har gjorts så rättvist som möjligt, alla källor har hängivits i sin helhet och källhänvisningarna har gjorts enligt direktiven i skribentguiden.

10 RESULTAT

Nedan följer en presentation av det resultat som framkommit i den kvalitativa induktiva innehållsanalysen av nio forsknings artiklar och tre tidningsartiklar. Resultatet har delats in i fyra olika grupper enligt svaren på de fyra olika frågeställningarna. Av dessa fyra frågeställningar steg nio substanskategorier fram som namngavs enligt innehåll. Detta gjordes för att göra det lättare för läsaren att följa med i resultatredovisningen.

I denna studie handlar den första frågeställningen föräldrars upplevelser kring tiden efter att deras ofödda barn har dött. Den andra frågeställningen handlar om lidandet och ur detta steg fyra substanskategorier fram: föräldrarnas livslånga sorgearbete, känslor som uppkommer under sjukhusvistelsen, brustna drömmar och kulturens inverkan på sorgprocessen och faderns känslor under tiden efter barnets död. Den tredje frågeställningen handlar om lindrat lidande och ur detta steg två substanskategorier fram: att lyssna och respektera och föräldrarnas möte med barnet. Den

fjärde frågeställningen handlar om behov av stöd och hjälp av barnmorskan och ur detta steg tre substanskategorier fram: barnmorskans roll som stödperson åt föräldrarna, behovet av ett fungerande stödsystem efter sjukhusvistelsen och ökad kunskap hos vårdarna.

Resultatet av varje del kommer att presenteras i textform. Utöver det som framkommer ur texten har det även använts en del material från de tidigare stegen i analysen för att klargöra resultatet.

10.1 Föräldrars upplevelser

De flesta föräldrar kände sig väldigt isolerade i sin sorg och kände att de fick väldigt lite stöd i sitt sorgearbete på grund av att människor i deras omgivning förväntade sig att de kommit över tragedin efter en tid. Även om personer fanns där som stöd för dem de första dagarna efter förlusten så ansåg många familjer att vänner och familj som pratade om förlusten i början blev mindre villiga att prata om det ju mer tid det gick.

Det framkommer i artiklarna (O'Neill et al 1998, St John 2006, Van P 2001, Moffitt 2006) att många människor ignorerade problemet och undvek dem såsom de aldrig varit gravida eller fått ett barn. Situationen blev för invecklad för att människor i deras omgivning skulle kunna hantera den.

Många par konstaterade att de hade svårigheter att umgås med familj och vänner som var gravida eller hade små barn hemma. Känslor av avundsjuka och frågor som ” varför jag” kunde uppkomma så starkt att föräldrarna önskade att de kunde undvika det sociala livet helt och hållet för en tid.

10.2 Lidandet

Lidandet hos föräldrar som drabbats av intrauterin fosterdöd är framförallt den stora sorg som föräldrar upplever efter att deras så efterlängttade barn plötsligt har dött samt negativa känslor, social isolering, skuld-känslor för det skedda samt en känsla av hopplöshet.

10.2.1 Föräldrarnas livslånga sorgearbete

Föräldrar som mist sitt barn i intrauterin fosterdöd kommer in i en bottenlös sorg. De flesta föräldrar väntar sig att känna sorg efter att ha fött ett dödfött barn men få är förberedda på den ångest som följer. Tryggheten i livet har ryckts undan, världen har blivit en otrygg och osäker plats där vad som helst kan hända.

Man har länge trott att sorg var något som gick över efter relativt kort tid. Men vi blir allt mer på det klara med att förlusten av ett barn har konsekvenser på lång sikt. Sorgen över att ha förlorat ett barn upplevs under många år, till och med livet ut.. En mamma i en undersökning (Moffitt et al 2006) sa att alla trodde att hon skulle komma över sitt barns död efter någon vecka men hon sa det kommer med tiden att göra mindre ont men att hon aldrig kommer att glömma sitt barn.

10.2.2 Känslor som uppkommer under sjukhusvistelsen

I artiklarna (Hsu et al 2004, St John et al 2006, Adolfsson et al 2004) kommer det fram att känslor som ilska mot sig själv eller andra är inte ovanligt. Bitterhet, besvikelse och förtvivlan över omgivningens bristande omtanke finns förståeligt nog hos många som känner sig svikna. Känslor av skam och skuld är något som många föräldrar, framförallt mödrar, upplever och då uppkommer speciellt skuldkänslor då de känner att de på något sätt orsakat sitt barns död genom att ha gjort något, ätit något eller tänkt något fel. Många kvinnor ansåg att de inte hade någon annan att skylla sitt barns död på än sig själva då fostret växte och utvecklades i deras kropp och fostret var beroende av dem för att få näring och skydd. Negativa känslor som uppkommer skapar även de ett lidande. Dessa negativa känslor kan vara rädslor, ångest, känsla av hopplöshet samt en vilja att dölja sin hjälplöshet.

Brist på kontroll av deras dödfödda barns död är någonting som även det skapar ett lidande speciellt för kvinnorna. Kvinnorna säger att fastän de gjort allt de kunnat för att skydda sitt ofödda barn såsom att äta rätt, sova ordentligt, undvika stressfulla situationer så kunde de inte styra ödet för vad som skulle hända. Dödföddhet påminde dem om att de inte hade någon kontroll över sitt eget liv utan kunde bara följa naturens gång.

10.2.3 Brustna drömmar och kulturens inverkan på sorgprocessen

I en artikel (Hsu et al 2004) angående taiwanesiska kvinnors upplevelser av intrauterin fosterdöd upplever många att någonting inom dem, en del av deras individualitet har brustit, gått sönder i samband med att deras ofödda barn har dött och de får dem att känna sig splittrade. Upplevelser av att barnet dör innan födelsen bland Taiwanesiska kvinnor tyder på en stark känsla av otillräcklighet, personligt misslyckande samt utöver deras moderliga identitet bör även den kulturella kvinnliga rollen beaktas.

Brustna drömmar skapar även de ett lidande. Många föräldrar har redan hunnit planera en framtid med barnet i centrum. De har hopp och drömmar för barnet och de skapar en relation med barnet redan i tidigt skede under graviditeten och genom att barnet dör redan innan födelsen krossas alla drömmar och förhoppningar inför den ljusa framtid som de planerat och istället står de inför att planera för sitt barns begravning.

10.2.4 Faderns känslor under tiden efter barnets död

I en artikeln (O'Neill 1998) framkommer det om faderns upplevelser av att få ett dödfött barn. Fadern känner att han har press på sig att vara stark och hans sorg är inte hans prioritet utan han skulle vara som ett stöd för sin fru samt planera begravning etc.

Fadern kan även uppleva skuldkänslor vilket skapar ett lidande. Han kan många gånger tro att hans partners kärlek för barnet är större än hans på grund av att hon visar sin sorg mera öppet och det får honom att känna skuld för att han kanske inte har älskat sitt barn tillräckligt.

Fadern kan även känna sig väldigt utanför och att ingen bryr sig om hans känslor och sorg över sitt barns död utan att allt stöd fokuseras på modern och det får honom att känna sig ensam och isolerad med sina känslor. Fadern kan känna sig väldigt tudelad i att vara stark på utsidan och förväntas av andra att klara av situationen , men han gråter ut på insidan för att någon skall bry

sig om hur han mår.

Människan blir trött av att lida. En människa som lider och sörjer är trött. En trött människa behöver lugn och vila, men inte nödvändigtvis ensamhet. (Eriksson 1994: 17)

10.3 Lindrat lidande

Det lidande som föräldrarna upplever kan lindras genom i huvudsak lyhördhet, stöd, psykosocialt stöd och en chans att få ett positivt minne av sitt förlorade barn.

Sorg är en ädel mänsklig känsla som hjälper oss att klara av livet . Undersökningar visar att när familjer undviker chansen att uttrycka sin sorg över att ha förlorat sitt barn kan deras sorg komma att bli blockerad eller kronisk.

10.3.1 Att lyssna och respektera

I artiklarna (Caelli et al 2002, Hsu et al 2004, O'Neill 1998, St John et al 2006, Van P 2001, Moffitt et al 2006) framkommer det att det viktiga, då en intrauterin död inträffar, är att vara lyhörd och inte behandla två familjer lika. Alla familjer reagerar olika då de drabbas av en kris. Utifrån artiklarna kan man utgå från att det finns de mammor och pappor som direkt efter förlossningen helst ”vill krypa in i sitt skal och inte synas” och de som ”hellre berättar vad som har inträffat åt alla bekanta genast efter förlossningen”. Det man säkert kan utgå ifrån är att alla behöver stöd och någon som lyssnar på ens tankar och känslor. Behovet av att prata och åter prata igenom det inträffade finns hos alla.

De sörjande föräldrarna behöver stöd för att förstå att det inte fanns någonting de skulle ha kunnat göra för att förhindrat att deras ofödda barn dog. Föräldrar skall ha rätt att förvänta sig att deras barns tragiska död skall undersökas grundligt som i vilket annat fall. Familjerna som har drabbats av intrauterin fosterdöd borde bli behandlade med ömtålighet och respekt.

10.3.2 Föräldrarnas möte med barnet

Föräldrarna borde även erbjudas att få se sitt barn. Den första reaktionen föräldrarna ofta har att de absolut inte vill se sitt dödfödda barn. De vill fly från hela situationen. Det är självklart att man som vårdpersonal skall respektera föräldrarnas önskan, men man bör också handla efter den kunskap man har om vad som är bra på lång sikt.

En studie visade dock att ju mera kontakt man hade med det dödfödda barnet desto värre blev följderna. Resultatet visade att ju mera kontakt modern hade med barnet desto större chans hade hon att bli deprimerad än de som inte hade kontakt med det dödfödda barnet. Man kan konstatera att även sådant kan förekomma och är då viktigt att respektera det fastän det förekommer mera sällan.

Att se och hålla sitt döda barn är betydelsefullt för att kunna förstå och uppleva att man faktiskt har fött ett barn och att det barnet var dött. Verkligheten är aldrig så hemsk som fantasin. Personalen får inte påskynda eller avbryta föräldrarnas möte med barnet. De måste få den minnesbild de vill bevara och få skapa positiva minnen hellre än att leva med det okända såsom: ” Hur kändes det att hålla henne/honom?, ” Vems näsa hade hon/han?, Var hon/han fridfull?. Avskedet får inte lämnas ofullbordat. Denna stund kommer aldrig tillbaka och kan aldrig göras om.

För sorgeprocessen är det av stor betydelse att man har något konkret minne såsom fot- och handavtryck, en hårlock, foton av barnet , som man kan ta fram och titta på eller att barnet får en grav dit föräldrarna kan gå. Begravningen är ett stort steg i sorgeprocessen.

Det psykosociala stöd som kan ge lindring är stöd och hjälp av andra i samma situation. Det är även viktigt med sympatiska och förstående anhöriga. Annan lindring kan vara fysisk beröring, tröstande samtal och emotionellt stöd.

10.4 Behov av stöd och hjälp

Barnmorskans huvudsakliga uppgifter i vården av föräldrar som förlorat sitt barn i intrauterin fosterdöd är att finnas till för dem, behov av ett fungerande stödsystem samt att själva skaffa sig mera kunskap.

10.4.1 Barnmorskans roll som stödperson för föräldrarna

Att finnas till för föräldrarna innebär att barnmorska erbjuder psykosocialt stöd, kan erbjuda stöd, råd och hjälp samt är uppmärksam på tecken av depression.

Barnmorskan behöver även uppmuntra föräldrarna i mångt och mycket. Föräldrarna behöver uppmuntras till att hålla sitt barn, att få ett positivt sista minne av sitt barn så att de ej ångrar det senare i livet.

Många föräldrar hade önskat mera handling från personalens sida som att hjälpa dem att uttrycka sin kärlek för sitt barn och ge ett fint avsked till sitt barn.

I artiklarna (O'Neill 1998, St John et al 2006, Van P 2001, Krueger et al 2006, Moffitt et al 2006) framkommer det även att föräldrarna var i behov av att någon fanns där för dem, svara på deras frågor eller bara lyssnar på deras tankar och känslor. I sådana här situationer finns inget rätt eller fel svar och för det mesta ville föräldrarna ej ha några svar utan bara någon som hade tid att lyssna och gråta med dem. Det är väldigt viktigt att föräldrarna erbjuds att prata med någon professionell person som kan hjälpa dem i sorgprocessen. Par som får höra att orsaken till deras barns död var "Guds vilja" eller "att det var bäst att det hände på det här viset" känner sig vägrade att sörja sitt barn.

10.4.2 Behovet av ett fungerande stödsystem efter sjukhusvistelsen

Ett fungerande stödsystem innefattar ett uppföljningssystem efter utskrivning från sjukhuset samt ökad stöd service vid följande graviditet. Det borde finnas inom vården ett behov av ett

fungerande stödsystem för föräldrar som drabbats av intrauterin fosterdöd. Under hela graviditeten vårdas de blivande mödrarna på en rådgivning av en hälsovårdare. Då sedan förlossningen sker på förlossningssjukhuset, är det därifrån det fungerande stödsystemet borde börja. Alltså, då en intrauterin fosterdöd inträffar, bör personalen på förlossningssjukhuset informera rådgivningspersonalen om vad som har inträffat och i samråd med ifrågavarande hälsovårdare göra upp en vårdplan för just de drabbade föräldrarna. I detta skede bör det även bestämmas vem som bär huvudansvaret för att kontakten till föräldrarna fungerar kontinuerligt. Det viktigaste är att föräldrarna inte blir lämnade ”åt sitt öde”. Initiativet till att ta kontakt bör ligga på vårdpersonalens axlar, så att denna last lyfts bort från föräldrarna som just förlorat deras barn.

Detta betyder att sjukvården bör ha ett uppföljningssystem för att förebygga allvarigare effekter såsom depression etc. stödgrupper av föräldrar som genomlevt detsamma kan vara till god hjälp. Att vänta ett nytt barn aktualiserar smärtan efter det döda barnet. Det är viktigt att föräldrars oro tas på allvar, extra kontroller är befogade även om graviditeten tycks normal ur kroppslig synvinkel. Man får inte förringa oron med tröstande ord om att den här gången går det säkert bra, ty det kan få motsatt effekt.

10.4.3 Ökad kunskap hos vårdarna

Till barnmorskans uppgifter hör även att hela tiden skaffa sig mera information och en ökad kunskap om olika situationer för att kunna erbjuda ett optimalt stöd och en optimal vård för patienten. Det framkommer i en artikel (Moffitt et al 2006) att många i vårdpersonalen som ej har erfarenhet av bemötandet av föräldrar som har varit med om intrauterin fosterdöd kan reagera på detta genom att undvika de sörjande föräldrarna, ej veta vad de skall säga åt dem, eller är rädda för att föräldrarna skall börja gråta och bli ännu mera upprörda. Detta ej vetande om att det är just vad föräldrarna behöver uppleva att kunna gråta och få ha känslor öppet utan att känna sig besvärade för det.

11 TOLKNING AV RESULTATET

Till följande kommer en tolkning av resultatet gentemot den teoretiska referensramen att göras. Den teoretiska referensramen består i den här studien av Katie Erikssons teori om caritas tanken (1987) samt teorin om lidande (1994).

Den vårdande eller caritativa kärleken är den ”Caritas” som vårdarna bör ta i bruk i vården då föräldrar drabbas av intrauterin fosterdöd. Man använder den till människans och hälsans och livets tjänst. I professionell mening används den i ett bestämt syfte, att hjälpa den människa som befinner sig i ett mera eller mindre akut lidande, något slag av nöd. Den caritativa kärleken är den kärlek som bara finns. Den är vårdande i sin närvaro i en vårdkultur. (Eriksson 2/1990: 3)

Föräldrar som mist sitt barn i intrauterin fosterdöd kommer in i en bottenlös sorg. Denna sorgprocess kan man jämföra med lidandets drama och dess tre akter enligt K. Eriksson.

Lidandets drama har tre akter:

1. Bekräftelse av lidandet
- 2 Själv lidandet, d.v.s. tid och rum för att få lida ut
3. Försoningen d.v.s. vägen fram till en ny enhet

Då man bekräftar en annan människas lidande, innebär det att man förmedlar till den andra att ”jag ser”. Att en annan människa ser mitt lidande innebär en tröst, en tillförsikt att någon kan komma till mötes. Ett sätt att förmedla att man finns där för att dela lidandets kamp är att ”inbjuda” den andra som ”hedersgäst” till en kravlös gemenskap. Varje människa som lider behöver tid och rum för att lida. . Den tredje akten i lidandets drama, ett drama med ett lyckligt slut, innebär att försonas. Att försonas innebär att finna ett ”nytt liv” , att forma en ny enhet av det liv där något definitivt förlorats. (Eriksson 1994: 54-55)

Barnmorskan kan bekräfta lidandet samt ge tid och rum åt föräldrarna att lida ut genom att finnas till för dem, erbjuda stöd, råd, hjälp och uppmuntran. Det här kan också anhöriga göra genom att vara lyhörda och finnas till för dem. Anhöriga kan därmed erbjuda den kärleksfulla famn som Eriksson (1994: 78) menar på att bekräftar människan och ger henne mod och kraft att kämpa

vidare.

Eriksson beskriver lidande bl.a. som att ”kämpa” och att ”utstå” (1994: 19)

I resultatet uppkom det att föräldrarna inte fick lov att känna sig som mor och far eftersom de ej hade ett levande barn.

När människan lider föder hon samtidigt en känsla av hopplöshet och lidandet behöver hopp för att kunna lindras. (Eriksson 1994: 21)

Hela situationen kändes överklig för föräldrarna eftersom de var så förberedda att bli föräldrar till ett levande barn. De hade planerat deras framtid tillsammans med barnet och hade många drömmar och hopp för framtiden men som nu istället utgjordes av ett stort ”tomrum”.

Det är då föräldrarna behöver information om vad som de kan göra för att ge avsked till barnet och skapa minnen av barnet att ta med sig hem men framförallt behöver de stöd. Föräldrarna upplevde många gånger att de ej fick tillräckligt med information av varken läkare eller vårdpersonal om vad som hänt eller skulle hända. Stödet från vårdpersonalen saknade föräldrarna mest och därför hade de många gånger svårt att leva i hoppet.

Enligt Eriksson bör vi sträva efter att eliminera allt onödigt lidande och att lindra det lidande som inte går att få bort. För att vi skall kunna lindra detta lidande måste vi skapa en vårdkultur där patienten känner sig välkommen, respekterad och vårdad. Att ge den vård som patienten behöver är det viktigaste sättet att lindra lidande. (Eriksson 1994: 95)

En bra vårdkultur kan barnmorskan skapa genom att möta varje individ individuellt, lyssna till dennes behov samt stöda och uppmuntra.

Andra viktiga aspekter är att finnas till för föräldrarna, att samtala med dem, stöda och trösta, att inte hopp, att vara ärlig samt att stöda föräldrarna i deras tro. (Eriksson 1994: 96)

Lidandet kan även lindras genom att barnmorskan helt enkelt finns till för föräldrarna, samtalar med dem och ger information samt erbjuder dem stöd och tröst.

Det som är viktigt då det gäller papporna och lindrandet av lidande är det viktigt som vårdare att även ta hänsyn till faderns sorgearbete fastän han uppger en stark fasad utåt.

Här bör vi som vårdare och medmänniskor hjälpa föräldrarna i lidandets kamp. Det tomrum som det dödfödda barnet bringat, kommer alltid att finnas. Men att från detta tomrum kunna bygga upp ett ”nytt” liv gör att föräldrarna växer.

12 KRITISK GRANSKNING

Det har varit både intressant och utmanande att göra det här examensarbetet. Under arbetets gång har jag kommit fram till att sorgprocessen är en livslång process, som tar sig uttryck under olika livsskeden.

Det kanske mest intressanta för mig var att få en inblick i hur olika uttryck lidandet kan ha och med hur små medel det kan lindras. Som blivande barnmorska var det också givande att se vad som i analysen framsteg som föräldrarnas önskan och behov av stöd och hjälp av barnmorskan och hur hon kan göra det lättare för dem i sorgprocessen.

Den teoretiska referensramen utgjordes av Katie Erikssons teorier om caritas tanken (1987) samt lidandeteorin (1994). Valet motiverades med att jag i mitt arbete ville få fram hur caritas tanken framkommer i vården av föräldrar som drabbats av intrauterin fosterdöd och utreda vad för lidande som förekommer samt hur det kan lindras. Dock tycker jag själv att inriktningen på caritas inte är så framstigande och tydlig som jag skulle ha velat ha den, dels på grund av att jag inte hittade så mycket om bara caritas i litteraturen, dels på grund av att det i analysen även framkom en hel del som hör ihop med lidande och hur det kan lindras.

Studiens syfte uppfylldes inte helt som jag ville på grund av att jag skulle ha velat haft mera information om hur även papporna upplevde då de drabbats av att deras efterlängttade barn dött innan födelsen. De flesta artiklarna utgick från moderns synvinkel, känslor och behov av stöd. En artikel hittade jag, som mera var som en berättelse, om faderns upplevelser efter att ha drabbats av att hans barn dött innan födelsen vilket var en väldigt intressant och lärorik läsning. Men överlag fick jag många och varierande svar på mina frågeställningar.

En indelning av frågeställningarna i en huvudfråga med tre underfrågor kan ifrågasättas då alla frågor besvarades jämbördigt. Men å andra sidan är det, enligt mitt tycke, föräldrarna som är i centrum och det är deras känslor och tankar som måste tas i beaktande och därifrån utgår barnmorskans roll att lindra lidandet för föräldrarna och för att föräldrarna skall kunna tryggt gå vidare med sitt liv och få fina minnen av sitt dödfödda barn så det inte leder till ångest senare i livet.

I fråga om materialsökning har jag försökt göra en heltäckande datasökning. I sökningen på internet fann jag det svårt att hitta vårdvetenskapliga artiklar då en sökkombination med ordet stillbirth och något annat ord gav otroligt många resultat i form av medicinska artiklar eller artiklar som ej hade med mitt ämne att göra. Jag kan även ha missat någon bra artikel då jag inte gick igenom de sökningar som gav flera hundra träffar. Ett minus i min materialsökning är att jag endast sökt artiklar på internet och inte alls på biblioteket eller manuellt i olika facktidningar. Finska eller nordiska forskningar skulle vara mer intressanta eftersom de högst antagligen är gjorda i bekanta förhållanden och är på så vis bättre tillämpbara än vad kanske en forskning gjord i Amerika är, där förhållanden är annorlunda än här i Norden. Det största misstaget i insamlingen av mitt material, är att jag inte gjort en sammanställning av hur många sökträffar jag fått i en tabell så att läsaren bättre skulle få en överblick i hur mycket det är forskat på området. En översikt av sökträffarna borde finnas eftersom detta är en kvalitativ litteraturstudie, men har först insett det efteråt och då var det redan för sent att göra något åt detta .

Den metod som valts i det här arbetet är kvalitativ induktiv innehållsanalys för att jag skulle ha möjlighet att ur ett brett material kunna plocka ut det väsentligaste och sammanställa det till en helhet. En alternativ metod i det här arbetet skulle ha varit att använda sig av intervju eller enkätmetoden. Intervjuer och enkäter skulle ha kunnat ge en mera personlig syn på de olika frågorna, men ansåg även att detta ämne är väldigt känsligt och skulle troligtvis ha varit svårigheter att hitta tillräckligt många villiga informanter.

Språkligt sett har jag gjort mitt bästa, men då det gällde att översätta text från engelska var det inte alltid så lätt att hitta passande ord på svenska, vilket kan ha lett till en sämre svenska emellanåt. Vidare märkte jag även att jag många gånger har lite väl långa meningar, vilket kan

vara störande för läsaren.

13 DISKUSSION

Ämnesvalet om att skriva om föräldrars lidande efter sitt ofödda barns död var min egen idé och det visade sig vara ett ämne som det inte hade forskats mycket om. Flera studier är gjorda inom området med olika inriktningar. De flesta studier som finns har fokus på mödrar. Det finns få studier som är gjorda där både mannen och kvinnan deltar i samma resultat. Det är av stor vikt att belysa båda föräldrarnas upplevelser, de delar sorgen med varandra. En balansgång måste finnas mellan mannen och kvinnans uppmärksamhet så att båda känner sig omhändertagna och att behovet av stöd i sin sorg för dem båda blir bekräftat.

De svar på frågeställningarna jag fick var både intressanta och lärorika. De svar jag kom till i analysen av materialet var att sorgeprocessen är en livslång process, som endast tar sig olika uttryck under olika livsskeden. Föräldrarna är i stort behov av lyhördhet, någon som lyssnar på deras känslor och tankar och hjälper dem att uppnå fina minnen av sitt dödfödda barn så att föräldrarna ej ångrar något angående hur deras avsked och sista tid med sitt barn blev. I frågan om lidandet framkom sorg, negativa känslor såsom skuld och ilska, social isolering samt en känsla av hopplöshet med mera som de huvudsakliga temana.

Det psykiska stödet är oerhört viktigt för föräldrarna och vårdpersonalen borde finna en stund varje dag att sitta ner med föräldrarna och bara lyssna på deras tankar och känslor.

Då jag under arbetets gång kommit fram till att föräldrar, särskilt mödrar skulle vara i stort behov av att få kontakt med kvinnor som varit med om samma sak.

Jag tycker att jag fick relativt bra med svar på mina frågeställningar och således uppfylldes studiens syfte. Det var intressant hur varierande föräldrar kan uppleva sitt ofödda barns död och hur olika människor kan uppleva lidande och med hur små medel de kan uppleva en lindring i sitt lidande. Det jag dock saknade i mina svar var ett större material angående faderns upplevelser

och behov av stöd och råd samt kategorin caritas tanken som jag inte fann någonting konkret om. Det som dock kom fram i artiklarna ur faderns synvinkel var att han känner sig väldigt tudelad i sin situation i och med att han anser att han måste vara stark utåt för att vara ett så bra stöd för sin partner som möjligt. Det är viktigt som vårdare att ta hänsyn även till faderns sorgearbete fastän han uppger en stark fasad utåt.

Det som fortfarande skulle vara intressant att undersöka vidare på, är pappornas reaktioner och behov vid en intrauterin fosterdöd. I mina studier har jag kommit fram till att de är rätt så olika mödrarnas, men det skulle behövas ett helt arbete för detta.

KÄLLFÖRTECKNING

Adolfsson, Annsofie; Larsson, P.G.; Wijma, Barbro; Berterö, Carina. 2004. Guilt and emptiness: women's experiences of miscarriage. Health Care for Women International nr 25/2004. S. 543-560. Taylor & Francis inc. ISSN: 07399332

Caelli, Kate; Downie, Jill; Letendre, Angeline. 2002. Parents' experiences of midwife-manager care following the loss of a baby in a previous pregnancy. Journal of advanced nursing nr 39/2002. S. 127-136. Blackwell science Ltd.

Cullberg, Johan. 2005. Dynamisk Psykiatri. Natur och kultur, Stockholm s. 44. ISBN 91-27-09336

Eriksson, Katie. 1987. Pausen. En beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt. Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag AB. 113 s. ISBN 9120066899.

Eriksson, Katie. 2/1990. Pro Caritate - En lägesbestämning av caritativ vård. Åbo Akademi. 155 s. ISBN 951-649-732-2 .

Eriksson, Katie. 1992. Broar - Introduktion i vetenskaplig metod. Vasa: Oy Arkmedia AB, s20-23. ISBN 951-650-185-0.

Eriksson, Katie. 1994. Den lidande människan. Stockholm: Liber AB, 115 s. ISBN 91-47-005822-6.

Faxelid, Elisabeth; Hogg, Beatrice; Kaplan, Annette; Nissen, Eva. 2007. Lärobok för barnmorskor. Andra upplagan. Studentlitteratur, 525 s. ISBN 978-44-00994-0.

Gold, Katherine J; Dalton, Vanessa K.; Schwenk, Thomas L. 2007. Hospital Care for Parents After Perinatal death. Obstetrik & Gynecology. Vol. 109. S. 1156-1166.

Hsu, Min-Tao; Tseng, Ying-Fen; Banks, Janet M.; Kuo, Ling-Lih. 2004. Interpretations of stillbirth. Journal of Advanced Nursing nr 47/2004. S408-416. Blackwell publishing Ltd.

Hughes, P.; Turton, P.; Hopper, E.; Evans, C.D.H. 2002. Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. THE LANCET. Vol. 360. S.114-118.

Kalb, C.; Murr, A. 2009. A vast and sudden sadness. Newsweek. Nr 153(6). 5 s. ISSN: 0028:9604

Korsholm, Hanne. 2005. Toxoplasmos. Netdoktor.se. [www]. Hämtat 6.12.2009.

<http://www.netdoktor.se/forkylning-infektion/? PageId=625>

Krueger, Guenther. 2006. Meaning-making in the aftermath of sudden infant death syndrome. Nursing Inquiry nr 13/2006. S. 163-171. Blackwell publishing Ltd.

Lindh, Gudrun; Lindgren, Susanne; Fischler, Björn; Nemeth, Antal. 2009. Malaria.

Kunskapscentrum för infektioner under graviditet - INFPREG. MedSciNet AB. [www]. Hämtat 5.12.2009.

<http://www.medscinet.se/infpreg/allinfo/main.asp?topic=16>

Mayes, Mary; Sweet, Betty R.; Winship, Jane. 2000. Mayes' Midwifery - A textbok for midwives. 12:te upplagan. S 597-599. ISBN 0 07020 1757 4.

Moffitt, Perry-Lynn. 2006. The silent sorrow. USA Today Magazine; Sep2006, vol. 135. S. 62-65. ISSN: 01617389

Mohana, N. 2006. Sudden infant death syndrome (SIDS): cot death. Internet Journal of Health. ISSN: 1528-8315

O'Neill, Brett. 1998. A Father's Grief: Dealing with Stillbirth. Nursing forum. Vol.33. Nr 4. S.33-37.

Pohjolan-Pirhonen, Carita. 1993. Elämänsä alka sairaaateologin työssä. Sielunhoidon Aikakausikirja 6. Helsinki, s. 77-82.

Raussi-Lehto, Eija. 2007. Kätilötyö. Paananen; Pietiläinen; Raussi-Lehto; Väyrynen; Äimälä. Tekijät ja Edita publishing Oy, 674 s. Andra upplagan. ISBN 978-951-37-5097.

Renlund, Martin. 2006. Vem är för liten? Extrem prematuritet - ett olöst problem. [www] Finska läkarsällskapets handlingar. Årgång 166, nr 2. http://www.fl.s.fi/files/050_054_Renlund.pdf

Sjödin, Marie; Brolinger, Cecilia; Håkansson, Stellan; Jacobsson, Bo; Petersson, Karin. 2009. Grupp-B Streptokocker .. Kunskapscentrum för infektioner under graviditet - INFPREG. MedSciNet AB. [www]. Hämtat 5.12.2009.
<http://www.medscinet.se/infpreg/allinfo/main.asp?topic=6>

Sjödin, Marie; Lewensohn-Fuchs, Ilona; Brolinger, Cecilia; Petersson, Karin. 2009. Cytomegalovirus-CMV. Kunskapscentrum för infektioner under graviditet - INFPREG. MedSciNet AB. [www]. Hämtat 25.11.2009.
<http://www.medscinet.se/infpreg/allinfo/main.asp?topic=4>

St John, Annette; Cooke, Marie; Goopy, Suzanne. 2006. Shrouds of silence: Three women's stories of prenatal loss. Australian Journal of Advanced Nursing. Vol.23. Nr 3/2006. S 8-12.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitokseksi - THL. Institut för hälsa och välfärd. Missbildningar 1993-2006- källor, termer och definitioner. [www]. Hämtat 1.12.2009.
<http://www.stakes.fi/SV/tilastot/aiheittain/lisaantyminen/missbildningar+kallor.htm>

Thejls, Henning; Persson, Kenneth; Stenberg, Kristina; Persson, Elisabeth; Normann, Erik. 2009. Klamydia. Kunskapscentrum för infektioner under graviditet - INFPREG. MedSciNet AB. [www]. Hämtat 25.11.2009.
<http://www.medscinet.se/infpreg/specinfo/main.asp?topic=7>

Tuomi, Jouni; Sarajärvi, Anneli. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsingfors: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 158 s. ISBN 951-26-4856-3

Tärnvik, Arne; Bernander Emeritius, Sverker; Stray-Pedersen, Babill. 2004. Listeria.

Kunskapscentrum för infektioner under graviditet - INFPREG. MedSciNet AB. [www]. Hämtat 5.12.2009.

<http://www.medscinet.se/infpreg/specinfo/main.asp?topic=23>

Van, P. 2001. Breaking the silence of African American women: healing after pregnancy loss. Health Care for Women International

Wikipedia - Den fria encyklopedin. 2009. [www]. Hämtat 5.12.2009.

<http://sv.wikipedia.org/wiki/Screening>

.

